FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE **1894-95** N° 92

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF DU VOILE DU PALAIS

ET DE LA LUETTE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 JUILLET 1895

PAR

Pierre-Martial-Xavier-Joseph MOURIÉ

Né à Luzenac (Ariège), le 1er janvier 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANELONGUE,	professeur,	*président.*
BOURSIER,	professeur,	*juges.*
DENUCÉ,	agrégé,	*juges.*
CHAMBRELENT,	agrégé	*juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE Ve CADORET
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE **1894-95** N° 92

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF DU VOILE DU PALAIS

ET DE LA LUETTE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 JUILLET 1895

PAR

Pierre-Martial-Xavier-Joseph MOURIÉ

Né à Luzenac (Ariège), le 1er janvier 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	LANELONGUE,	professeur,	*président.*
	BOURSIER,	professeur,	*juges.*
	DENUCÉ,	agrégé,	
	CHAMBRELENT,	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE Ve CADORET
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM.....

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PRINCETEAU. N. } Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan...	DUBREUILH.	Pathologie externe ..	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie	DENIGÈS.
		Zoologie	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie de Bordeaux.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

CANCER PRIMITIF DU VOILE DU PALAIS

ET DE LA LUETTE

INTRODUCTION

Si l'on parcourt les travaux qui ont été faits sur les tumeurs du voile du palais, on voit que les observations de néoplasmes malins sont très rares.

Plusieurs thèses ont été consacrées à l'étude des tumeurs bénignes de cette région, depuis que Nélaton attira l'attention des observateurs sur les adénomes palatins. Mais dans les traités spéciaux, comme dans les traités généraux de chirurgie, on parle à peine des affections cancéreuses du voile du palais.

Or, pendant nos études, il nous a été donné de voir deux cas de tumeurs malignes du voile. M. le Dr Ch. Faguet, chef de clinique à l'hôpital Saint-André, qui nous a montré le premier de ces cas en 1893, nous a conseillé de rechercher d'autres obser-

vations de tumeurs malignes et de faire de leur étude l'objet de notre thèse.

Nous prendrons ici le terme de cancer dans son sens clinique et nous essaierons d'étudier sous ce titre les différentes variétés qui le constituent : l'épithélioma, le carcinome et le sarcome. Ces divers néoplasmes, différents par leur structure histologique, présentent, au point de vue clinique, de grandes analogies : leur marche est rapide, la récidive est de règle et ils peuvent se généraliser par voie veineuse ou par voie lymphatique. Ces caractères communs en font un groupe de tumeurs nettement définies, le cancer.

Nous nous bornerons absolument à l'étude du cancer primitif du voile du palais sans nous occuper de la propagation à cette région des différentes tumeurs malignes de la base de la langue, du pharynx, de l'amygdale.

Au seuil de ce travail qui doit clore nos études médicales, nous avons à acquitter un double devoir de reconnaissance : remercier M. le professeur Lanelongue de la sollicitude paternelle dont il n'a cessé, depuis des jours déjà lointains, de nous entourer et qui nous laissera le souvenir de quelque chose d'excellent et de rare; témoigner à M. le professeur Vergely notre gratitude pour l'intérêt cordial et constant avec lequel il a bien voulu veiller sur nos efforts. Il nous est doux de les unir ici dans le même témoignage public de respectueuse affection.

Nous tenons également à témoigner notre reconnaissance à tous nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté, et plus particulièrement à MM. les professeurs Demons et Ferré, à M. le Dr Régis, qui se sont montrés pour nous d'une bienveillance que nous n'oublierons jamais.

Nous sommes heureux de remercier ici notre excellent ami M. le Dr Ch. Faguet; c'est à lui que nous devons l'idée de ce

travail, il nous en a d'ailleurs facilité l'exécution par l'obligeance avec laquelle il nous a aidé de ses conseils.

Nous nous faisons un devoir de témoigner notre gratitude à M. le Dr Lischwitz, qui s'est mis très gracieusement à notre disposition toutes les fois qu'il a pu nous être utile.

Nous remercions aussi MM. les Drs Desmartins et Jeanty, qui ont bien voulu nous donner une observation inédite.

Notre mémoire se divise en :

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Etiologie.

Chapitre III. — Symptômes et complications. Pronostic.

Chapitre IV. — Anatomie pathologique.

Chapitre V. — Diagnostic.

Chapitre VI. — Traitement.

Chapitre VII. — Observations.

Chapitre VIII. — Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les anciens chirurgiens connaissaient les tumeurs du voile du palais et les considéraient comme de nature cancéreuse ou syphilitique.

Pendant la première moitié du siècle, les cliniciens remarquèrent que ces tumeurs ne récidivaient pas, ce qui était en opposition absolue avec la nature essentiellement maligne du cancer. Ils donnèrent les noms de *cancers enkystés,* de *tumeurs squirrheuses*, aux néoplasmes dont l'extirpation était suivie d'un succès définitif.

Boyer est le premier qui, en 1822, décrit deux sortes de tumeurs du voile du palais. « La membrane qui tapisse la voûte palatine, dit-il, est le siège de tumeurs de différentes espèces.

» Les unes dures, compactes, ne sont pas susceptibles de devenir cancéreuses. D'autres fois, les tumeurs de la voûte palatine sont moins dures, leur surface est inégale, elles saignent avec facilité, leurs progrès sont plus rapides, et elles deviennent presque toujours cancéreuses quand on les irrite avec de mauvais topiques » (1).

Warren, en 1839, dans son traité sur les tumeurs, parle du squirrhe qui peut se développer aux dépens des glandes muqueuses du voile du palais et des parois du pharynx. Il dit

---

(1) Boyer, Traité des maladies chirurgicales, VI, Paris, 1818.

que ces tumeurs augmentent lentement, s'ulcèrent peu, et qu'elles gênent surtout la déglutition (1).

La première analyse microscopique a été faite par Blandin, en 1844. Il s'agit d'une observation de tumeur enkysté considérée comme bénigne et dans laquelle on trouva des noyaux cancéreux (2).

La nature cancéreuse des tumeurs du voile prévalait encore, quand Nélaton vint jeter quelque lumière sur cette question de pathologie chirurgicale. Il enlevait, en 1847, une tumeur du voile qui, cinq ans après, ne s'était pas reproduite. En 1851, à la séance de la Société de Chirurgie de Paris du 18 mars, Marjolin rapporta l'observation d'une tumeur suspecte du voile. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une *hypertrophie glandulaire.*

Quelque temps après, à la séance du 14 janvier 1852, Michon communiquait une observation très complète; l'examen microscopique avait été fait par MM. Denucé et Ch. Robin.

C'est à ce propos que Nélaton rappela qu'il avait depuis longtemps déjà opéré une tumeur analogue, et, quelques jours plus tard, deux de ses élèves publiaient ses leçons sur une variété non décrite de tumeur du voile du palais (3).

A partir de cette époque, les observations et les examens microscopiques se multiplient. Les cas les plus intéressants sont rassemblés dans la thèse d'agrégation de Fano (4).

Parmentier avait bien publié un *Essai sur les tumeurs de la région palatine,* mais il y parle à peine des tumeurs malignes.

« Les tumeurs cancéreuses, dit-il, affectent tantôt le voile du palais, tantôt la voûte, d'autres fois elles occupent les

---

(1) Warren, *Surgical observations on tumours with cases and operations*, London, 1832.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1844, p. 290.

(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1852, p. 23.

(4) Fano, Tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais. Paris, 1857.

parties de la région palatine. Le cancer peut débuter primitivement dans cette région ou bien l'envahir consécutivement, après avoir été pendant un certain temps limité aux parties environnantes. On doit regarder comme cancéreuse la tumeur de la voûte palatine, enlevée par M. Blandin, en 1844, le microscope y ayant reconnu des cellules cancéreuses très marquées. Il en est de même de la tumeur opérée, en 1849, par Chassaignac » (1-2).

A partir de cette époque, la plupart des travaux faits sur le voile du palais ne s'occupèrent que des tumeurs bénignes; en France surtout on accordait une parfaite innocuité aux néoplasmes du voile en général.

A peine avons-nous trouvé trois ou quatre publications concernant le cancer.

En 1863, le Dr Ferrand publie dans le *Journal de médecine de Bordeaux,* p. 74, l'observation d'une ulcération carcinomateuse de la luette et du bord libre du voile. Malheureusement l'examen microscopique n'a point été fait et cinq ans après l'opération il n'y avait point de récidive.

Un peu plus tard, en 1871-72, Panas publie la description d'une crico-trachéotomie faite à cause d'un cancer du voile (3).

Enfin nous avons également trouvé une communication de White faite en 1873 sur un épithélioma du voile du palais (4).

Ces quelques cas isolés n'avaient certes pas fait changer l'opinion qui avait généralement prévalu lorsque, en 1874, M. Coÿne constata sur une tumeur enlevée par M. Desprès et considérée comme un adénome :

1° Que cette tumeur n'était pas un adénome;

---

(1) Parmentier, *Gazette méd. de Paris*,1856.

(2) Chassaignac, Cancer du voile du palais, Soc. chirug. Paris, 1848.

(3) Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1871-72, p. 205.

(4) White, *Irish Hosp. Gaz. Dublin*, 1873, p. 181.

2° Que c'était un sarcome glandulaire ;

3° Qu'elle avait débuté par un fibrome selon les règles et n'avait pris que plus tard le caractère sarcomateux.

Ces conclusions, d'abord acceptées, ont été combattues depuis.

» Les conclusions de M. Coÿne, écrit M. Fonnegra, ont jeté quelque froid dans l'esprit des cliniciens qui croient que ces tumeurs considérées comme bénignes peuvent prendre tout à coup un mauvais caractère... Nous doutons qu'un phénomène semblable puisse se prouuire. L'histoire clinique de ces productions morbides, observée pendant quarante ans et attestée par de nombreuses observations, donne le droit de rejeter toute idée de malignité possible de ces tumeurs ».

Le 15 janvier 1890, M. Ch. Monod est revenu sur cette question dans un rapport à la Société de chirurgie au sujet d'un travail de M. de Larabrie (de Nantes) sur les tumeurs mixtes de la muqueuse buccale.

M. de Larabrie pense qu'au lieu de faire des adénomes des sarcomes, comme le fait M. le professeur Coÿne ou des épithéliomas glandulaires enkystés, comme le Dr Fonnegra, on est peut-être plus près de la vérité en réunissant ces tumeurs sous le nom de tumeurs mixtes.

Quoi qu'il en soit, et sans vouloir étudier à fond cette question purement anatomo-pathologique, nous pensons que s'il est vrai qu'il existe au voile du palais des tumeurs mixtes telles que les a décrites M. de Larabrie, il faut admettre aussi, et considérer comme classique, l'opinion soutenue par M. le professeur Coÿne.

On le voit, la plupart des travaux et des discussions concernent exclusivement les tumeurs bénignes. Nous n'avons trouvé qu'une seule thèse relative aux sarcomes du voile du palais et soutenue devant la Faculté de Bordeaux par M. le Dr Lussaud. Cette thèse nous a fourni trois observations qui portent dans notre monographie les numéros I, II et III.

Les autres observations recueillies dans ce modeste travail forment à peu près l'ensemble des publications parues sur des cas de tumeurs malignes du voile. Le temps seul nous a empêché de nous procurer trois publications : l'une de Melbourne, l'autre de Dublin, la dernière de Munich (1).

Nous avons réuni 14 observations qui servent de base à notre travail et que l'on trouvera dans un chapitre spécial; ces divers cas sont ceux de MM. J. Langton (2), Tédenat (3), E. Vincent (4), Ott (5), Heurtaux (6), Lussaud (7), Castex (8), Trèves (9-10), Page (11), Lauenstein (12), Ch. Faguet et Cabannes (13), Cleveland (14), Observation inédite (15).

---

(1) Gardner, Malignant ulceration of soft palate, *Austral. med. J.* Melbourne, 1883.
White, Epithélioma of the soft palate, *Irish. hosp. Gaz.* Dublin, 1873, p. 181.
Lauenstein, Carcinome du voile du palais, *Aertz verein.* in Hamburg, 2 fév. 1888.

(2) J. Langton, Transactions clinic society of London, 1870.

(3) Tédenat, Observation rapportée par le Dr Lussaud. Th. de Bordeaux, 1884.

(4) E. Vincent, *Lyon médical*, 1878.

(5) Ott, Thèse de Paris, 1883.

(6) Heurtaux, Bulletin de la Société d'anatomie de Nantes, 1881.

(7) Lussaud, Thèse de Bordeaux, 1883.

(8) Castex, *Revue de chirurgie*, 1886, p. 130. Tumeurs malignes de l'arrière bouche, diagnostic et traitement.

(9-10) Trèves, Sur deux cas de tumeurs malignes primitives du voile. *Lancet*, London, 1886.

(11) Page, Epithélioma du voile du palais, *Lancet*. London, 1887.

(12) Lauenstein, Carcinome du voile du palais, *Deutsch med Woch.*, 1887.

(13) Ch. Faguet et Cabannes, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1893, p. 18.

(14) Cleveland, Epithélioma du voile du palais, *Med. news*, 1894.

(15) Observation inédite communiquée par MM. Desmartins et Jeanty.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

La cause première du cancer restant inconnue, nous nous bornerons à noter, dans ce chapitre, les données fournies par nos observations, données relatives à l'influence de l'hérédité, de l'âge, du sexe, des excès d'alcool ou de tabac.

Nous n'avons à signaler que deux fois des cas d'antécédents personnels, nous trouvons :

Observation VIII. Le malade avait été opéré 37 ans auparavant, d'une tumeur analogue siégeant à la même place que celle qui fait actuellement le sujet de l'observation.

Dans l'observation XII, le malade avait présenté 9 ans auparavant une tumeur semblable à la lèvre inférieure.

Hérédité : Une seule fois nous trouvons le cancer dans les antécédents héréditaires d'un malade atteint lui-même d'un épithélioma du voile.

Age : Rien de spécial à noter ; comme dans toutes les régions, l'épithélioma et le carcinome atteignent surtout les vieillards, le sarcome se montre de préférence chez les jeunes gens et les adultes. Nous pouvons cependant signaler l'observation IV, relevant un cas d'épithélioma chez un jeune homme de 21 ans, et les observations IX et X ayant trait à deux petites filles âgées de 5 ans et demi et 10 ans atteintes de sarcome.

Sexe : Le sexe masculin est frappé plus souvent que l'autre, nous n'avons à citer en effet que deux observations (VIII et IX), se rapportant à deux petites filles.

M. le professeur Buisson (de Montpellier) insiste beaucoup sur l'influence du tabac chez les fumeurs qui se servent de la pipe à court tuyau.

Dans nos observations, certains malades fumaient beaucoup, et c'est le petit nombre, d'autres ne fumaient pas ou peu, de telle sorte, que nous pensons que le tabac agit en général comme toute autre irritation.

CHAPITRE III

SYMPTOMES. — MARCHE. — PRONOSTIC

Il résulte de l'ensemble des observations que les tumeurs malignes du voile du palais offrent à étudier un certain nombre de symptômes qui se rapportent : les uns aux troubles fonctionnels, les autres aux troubles physiques.

Les symptômes fonctionnels sont ceux de toutes les tumeurs malignes de la région pharyngienne : la douleur, la gêne dans la déglutition, le nasonnement de la voix. Nous allons étudier séparément chacun de ces symptômes.

Douleur. La douleur est un phénomène très variable dans ses manifestations. D'abord peu accusée, elle augmente bientôt avec la maladie; les souffrances du patient deviennent souvent intolérables. Ces douleurs coïncident avec les contractions du pharynx et se répètent chaque fois que la malade déglutit, surtout des particules solides. Mais elles peuvent aussi être spontanées, rester confinées dans la gorge ou se propager vers la moitié correspondante de la tête, du cou ou de la nuque. Si la tumeur a envahi tout le voile du palais, les douleurs peuvent siéger des deux côtés de la face et du cou.

Cette distribution de la douleur ne surprendra personne si l'on veut bien se rappeler que les nerfs sensitifs du voile du palais sont fournis par le ganglion sphéno-palatin. Celui-ci est annexé au nerf maxillaire supérieur, branche du trijumeau.

La forme de la douleur peut changer comme sa distribution. Quelquefois, c'est une ardeur, une sécheresse de la gorge, surtout exaspérées par les aliments et la parole.

Dysphagie. — Ce symptôme accompagne ou précède la douleur. Quelquefois le malade n'a pas encore soupçonné la tumeur que la difficulté qu'il éprouve pour avaler le conduit chez le médecin.

Cette gêne n'est pas d'emblée très considérable et le malade peut s'alimenter pendant quelques semaines. Mais elle augmente peu à peu, et les aliments liquides peuvent seuls être supportés. Il arrive même, aux dernières périodes de la maladie, qu'ils sont rejetés par le nez.

Voix. — Le timbre de la voix est modifié. C'est la règle pour les tumeurs bénignes ou malignes du voile du palais, comme pour les tumeurs de l'amygdale. Mais dans les lésions de l'amygdale, la voix est sourde et voilée, tandis qu'elle est nasonnée dans les lésions du voile.

Au début, lorsque la tumeur empêche le voile de produire la fermeture du pharynx nasal, on observera les troubles de la voix articulée, de la rhinolalie ouverte. Plus tard, au contraire, lorsque le néoplasme envahit toutes les arrière-fosses nasales, la voix sera celle qu'on constate dans la rhinolalie close.

Tels sont les trois grands troubles fonctionnels les plus importants; nous devons signaler aussi la sialorrhée qui existe quelquefois; un sommeil pénible, fréquemment interrompu par des accès de suffocation.

Troubles physiques. — Le cancer du voile du palais ne rend pas souvent fétide l'haleine du malade. Quand le fait existe, il indique une période avancée de la maladie et l'ulcération du néoplasme.

Après avoir fait ouvrir la bouche au malade, on lui dit de

montrer ses dents afin que l'orifice labial soit ouvert au maximum. On refoule ensuite avec l'index gauche la commissure labiale droite. On a ainsi beaucoup plus de lumière pour faire l'examen de la tumeur.

Celle-ci se présente aux yeux du chirurgien, avec des caractères qui varient suivant la nature anatomique, suivant que le début de la maladie est plus ou moins éloigné.

C'est ainsi que l'on pourra voir une tumeur, dont le volume varie du volume d'un pois à celui d'une châtaigne ou d'une grosse noix. La forme en est irrégulière ou assez nettement arrondie.

La muqueuse qui la recouvre ne conserve jamais son aspect normal. Elle est le plus souvent grenue, comme mamelonnée, ou bien d'un rouge sombre, congestionnée et parcourue par quelques vaisseaux dilatés. Si la nature du néoplasme est plus maligne, la muqueuse est ulcérée. L'ulcération, plus ou moins étendue, peut recouvrir la tumeur tout entière. Elle a une coloration grisâtre, et l'on peut voir, si la maladie date de quelque temps, suinter un liquide purulent et fétide.

Cette tumeur siège généralement sur l'un des côtés du voile du palais; mais elle peut envahir les deux côtés et se substituer au voile (Obs. I).

Si la lésion est unilatérale, la luette a suivi la déviation du raphé et est rejetée du côté opposé à la tumeur.

Par le toucher on remarque que la muqueuse glisse difficilement sous le doigt, qu'elle est souvent adhérente, et, si elle est ulcérée, que l'ulcération repose sur une base dure. On trouve aussi que la tumeur est souvent immobile et qu'elle adhère plus ou moins aux tissus voisins; dans tous les cas la délimitation en est bien plus difficile que celle des tumeurs bénignes.

La tumeur peut être dure, élastique, bosselée. Elle peut être molle et présenter même de la fausse fluctuation; mais on n'y constate jamais de battements ni de fluctuation.

L'adénopathie se rencontre moins fréquemment que dans les néoplasmes malins de l'amygdale. Quelques-unes de nos observations signalent l'absence d'infection ganglionnaire, au moins au toucher. Cela s'explique par la distribution des vaisseaux lymphatiques; très abondants, ils forment deux réseaux qui vont aboutir aux ganglions profonds du cou occupant la bifurcation de la carotide primitive, en dedans de l'angle de la mâchoire.

La marche du cancer du voile du palais est très rapide.

Ainsi que nous pouvons le constater dans nos observations (V et XIII), la maladie a évolué en moins d'un an.

En effet, en dehors de la malignité du cancer en lui-même, nous devons tenir compte du siège de l'affection. Le malade souffre et ne peut se nourrir que très difficilement. De plus, il déglutit constamment des produits septiques. Ces diverses raisons nous expliquent la mort rapide dans cette terrible maladie, la mort par cachexie ou par broncho-pneumonie infectieuse.

Nous devons ajouter que si la marche est presque toujours rapide dans l'épithélioma, le sarcome paraît évoluer d'une façon plus lente. L'envahissement ganglionnaire se fait par les veines dans le sarcome, tandis que dans l'épithélioma il se fait par la voie des lymphatiques. C'est, pensons-nous, la raison qui maintient plus longtemps un bon état général, chez les malades atteints d'une affection sarcomateuse. Quoi qu'il en soit, que la tumeur soit un sarcome ou un épithélioma, le pronostic et très grave et presque toujours fatal.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La rareté des tumeurs malignes du voile du palais fait que leur anatomie pathologique n'est pas très connue. Nous essaierons simplement, à l'aide des quelques observations que nous possédons, d'indiquer quel est l'état de nos connaissances sur ce point de la question qui nous occupe.

Nous étudierons les trois grandes variétés de tumeurs malignes du voile en les classant par ordre de fréquence : le sarcome, l'épithélioma et le carcinome.

SARCOME

Le sarcome est une tumeur généralement arrondie, lisse ou légèrement mamelonnée, entourée sans limites précises d'un tissu conjonctif assez lâche, au moins au début. Tantôt cette tumeur est molle, diffluente, à aspect encephaloïde; sa couleur varie du blanc le plus net au rouge sombre; tantôt elle est formée par un tissu dur, gris blanchâtre, difficile à déchirer. « Il est excessivement rare de rencontrer des sarcomes composés d'une seule variété d'éléments, c'est-à-dire uniquement constitués par des éléments embryoplastiques ou fibroplastiques. Dans la détermination histologique appliquée à la clinique, la quantité plus ou moins considérable de l'un ou de l'autre élément, ses transformations et ses différents aspects doivent entrer en ligne de compte. D'où plusieurs groupes,

plusieurs variétés pouvant se compliquer l'un par l'autre et présentant à l'œil nu des caractères particuliers.

Les groupes sont :

1° Les sarcomes embryoplastiques ;

2° Les sarcomes fibroplastiques ;

3° Les sarcomes fibreux ;

4° Les sarcomes mixtes. (Péan, Clinique chirurgicale de Saint-Louis, II, p. 711).

D'après l'examen histologique de l'observation VI, le sarcome du voile du palais serait surtout embryo-plastique.

« La tumeur a été durcie dans l'alcool et dans une solution de gomme. Différentes coupes sont pratiquées dans son épaisseur, et après avoir coloré les préparations au picrocarminate d'ammoniaque, on les monte dans la glycérine. On constate au microscope une quantité considérable de petites cellules embryonnaires ; de distance en distance, on aperçoit quelques traînées de cellules lamineuses, mais en petite quantité. Une goutte d'acide acétique étant déposée sur la préparation microscopique, le tissu lamineux se gonfle, devient plus apparent, mais on constate encore plus facilement qu'il n'existe qu'en de rares endroits. Cette tumeur est donc un sarcome et un sarcome embryo-plastique presque pur ».

Tels sont les résultats de l'examen microscopique de M. le Dr Bonnafy. Les autres observations notent aussi que l'on avait à faire à du sarcome embryonnaire, mais nous n'avons pas pu rencontrer des cas de sarcome fasciculé.

EPITHELIOMA

L'épithelioma du voile du palais est très rare. On ne l'observe presque jamais au début de son évolution, car sa marche est très rapide. Il se présente généralement sous la forme d'une

tumeur assez petite, irrégulière et toujours ulcérée. Cette ulcération repose sur une base dure, à bords également indurés et renversés en dehors ou taillés à pic. Le fond de l'ulcération peut proliférer et l'on a alors des végétations irrégulières rappelant l'aspect du chou-fleur. Au contraire l'ulcération peut se creuser davantage et se substituer aux tissus sains : la première de ces formes est dite *exubérante*, la seconde *térébrante*.

De l'ulcération s'écoule habituellement un liquide sanieux et fétide.

L'épithélioma du voile du palais s'étend peu à peu en surface et en profondeur, il envahit les ganglions profonds du cou, mais le malade meurt presque toujours avant qu'il n'ait eu le temps de se généraliser.

Les deux examens histologiques d'épithélioma du voile dont nous avons les observations, nous montrent que la forme anatomique signalée jusqu'ici est celle de l'épithélioma pavimenteux lobulé. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici l'examen histologique de la tumeur de l'observation.

« Les éléments sont constitués à la périphérie par un épithélium pavimenteux nucléé sur ses diverses couches, qui se continuent dans la profondeur par des digitations plus ou moins isolées du tissu matriciel. Ces îlots sont formés par des cellules cylindro-coniques à la périphérie, polyédriques et moins vivement colorées au centre; le protoplasma de quelques-unes est devenue colloïde. On trouve ça et là des globes épidermiques dont les éléments constituants présentent des noyaux allongés et à disposition concentrique. Les globes épidermiques sont en petit nombre et pourraient échapper à un examen superficiel ou sur des coupes faiblement colorées. Ces productions épithéliales sont tassées les unes contre les autres et à peine isolées par un tissu conjonctif lâche.

» En résumé, il s'agit d'une forme d'épithélioma pavimenteux

lobulé, tumeur histologiquement intermédiaire entre la forme tubulée, la forme ulcus rodens de l'épithélioma pavimenteux lobulé typique ».

L'observation nous montre un type d'épithélioma lobulé, à cellules dentelées, riche en globes épidermiques. Nous n'avons trouvé dans aucune de nos observations la forme d'épithélioma tubulé.

CARCINOME

Les deux observations de carcinome que nous avons, ne nous donnent aucun détail d'anatomie pathologique.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

La symptomatologie des tumeurs malignes du voile du palais nous a montré que les troubles fonctionnels étaient généralement précoces. Sans doute il est des cas où ils tardent à se montrer; dans notre observation inédite, une tumeur très volumineuse, dont le début remonte à sept mois, n'a encore provoqué aucun trouble et le hasard seul la fit découvrir. Mais c'est là une exception. D'ordinaire il arrive ceci : le malade souffre de la gorge, il déglutit péniblement et la voix prend un timbre particulier. Aussi va-t-il de bonne heure trouver un médecin.

Ce sera donc quelques mois après le début de la maladie que l'on sera appelé à porter un diagnostic.

La tumeur est souvent découverte à la simple inspection de la gorge; cependant sa recherche est quelquefois difficile : lorsqu'elle est encore très petite ou bien, ce qui est plus rare, lorsqu'elle est située à la face postérieure du voile du palais. Aussi, après avoir constaté l'absence de tumeur sur la face antérieure, devra-t-on toujours compléter le diagnostic en pratiquant le toucher et l'examen rhinoscopique postérieur.

Lorsqu'il a trouvé une tumeur, le premier soin du chirurgien doit être de s'assurer qu'elle fait bien partie du voile du palais. Elle pourrait en effet venir des fosses nasales ou bien du pharynx nasal. On pourra d'abord faire exécuter au malade

des mouvements de déglutition pour s'assurer que la tumeur accompagne bien le voile dans tous les mouvements. Mais cela ne suffit pas; c'est le toucher qui renseignera surtout dans cette recherche.

Par ce moyen on sentira que la tumeur, si elle est extrinsèque, repose simplement sur le voile et qu'elle le déprime, mais le doigt peut passer entre la tumeur et la face postérieure du voile et constater ainsi qu'il n'y a entre eux aucune connexion. Enfin, en suivant les contours de la tumeur, on pourra se rendre compte de son point d'implantation et de ses rapports.

Tel est le premier point à établir dans l'étude du diagnostic de ces néoplasmes. Après avoir reconnu que l'on a bien affaire à une tumeur du voile du palais, il faut en diagnostiquer la variété, ce qui est indispensable au pronostic et au traitement.

A

Dans ce premier paragraphe, nous essaierons de montrer comment il sera possible de distinguer le cancer du voile du palais des tumeurs bénignes de la région.

Nous éliminerons tout d'abord l'hypertrophie de la luette, sa bifidité, l'infiltration œdémateuse de la luette et d'une partie du voile, un examen attentif permettant de distinguer facilement ces diverses affections d'une tumeur.

Parmi les tumeurs du voile du palais, nous pouvons écarter les tumeurs liquides; elles sont très rares et elles sont toutes bénignes.

« Les tumeurs érectiles sont d'un diagnostic plus difficile. Les gommes syphilitiques, les lipomes et même certains carcinomes sont parfois le siège d'un ramollissement qui les fait paraître distendus par du liquide. Dans les variétés kystiques ou hémorrhagiques des adénomes, des myxomes ou des sar-

comes on peut rencontrer aussi des points vraiment fluctuants. Ce signe, malgré son apparence de netteté, ne doit pas être regardé comme pathognomonique des tumeurs exclusivement liquides; c'est un élément précieux, insuffisant à lui seul pour le diagnostic différentiel (1).

Quelquefois même une tumeur primitivement liquide peut en imposer pour une tumeur solide. De nombreuses discussions auxquelles ces néoplasmes ont donné lieu, quelques erreurs commises par des chirurgiens de valeur, nous montrent qu'on ne saurait trop s'entourer de précautions avant de porter un diagnostic et d'instituer un traitement.

Nous rappellerons à ce propos l'observation de M. le professeur Dubreuilh, (de Montpellier), qui a servi de point de départ à la thèse du Dr Muratet (2). Il s'agissait d'un anévrysme de la carotide interne développé dans l'épaisseur de la moitié gauche du voile du palais. La tumeur était dure, un peu rénitente, mais sans qu'on pût constater de fluctuation. La muqueuse était normale, nullement adhérente, il n'y avait pas de pulsations. On pensa à une tumeur solide, on l'ouvrit et une hémorrhagie foudroyante se déclara. On fut obligé de lier la carotide primitive et les deux carotides secondaires. L'autopsie montra que l'on avait bien affaire à un anévrysme de la carotide interne. Mais l'absence de fluctuation, de pulsations, de réductibilité n'avait pas permis de porter pendant la vie un diagnostic précis.

Malgré ces erreurs inévitables, il est des signes qui permettent de reconnaître une tumeur bénigne dans un grand nombre de cas. Nous nous bornerons à faire le diagnostic différentiel

---

(1) Palais, voûte et voile, *In* Dict. encycl. des sc. méd., 2e série, XIX.

(2) Dr Muratet, Un cas d'anévrysme de la carotide interne. Diagnostic différentiel d'avec les tumeurs du voile du palais. Th. Montpellier, 1883.

entre l'adénome et les tumeurs malignes, les lipomes étant très rares et le fibrome presque exceptionnel.

L'adénome est une tumeur latérale, refoulant le voile en haut et la luette du côté sain, déprimant quelquefois la base de la langue. Cette tumeur peut atteindre le volume d'un œuf de poule, elle est arrondie, bien circonscrite, lisse ou un peu bosselée. La marche en est très lente.

La muqueuse, bien mobile, est intacte, non ulcérée. L'intégrité des ganglions est absolue, ainsi que l'absence de récidive.

Les tumeurs malignes nous offrent un tableau bien différent.

Leur marche rapide entraîne des troubles fonctionnels précoces. La douleur, qui n'existe pas pour les tumeurs bénignes, est ici de règle.

Nous n'avons trouvé qu'un seul cas dans lequel elle n'existait pas (Obs. XIV). Cette allure envahissante du néoplasme malin lui fait dépasser très vite ses premières limites. En quelques mois, la luette et la partie du voile du palais opposée à celle où a débuté la tumeur peuvent être envahies (Obs. XIV). On n'a plus à faire à un néoplasme bien limité sur lequel la muqueuse glisse facilement, mais à une masse plus ou moins diffuse et difficile à limiter. La muqueuse qui la recouvre est toujours altérée, sinon ulcérée. Quelquefois le toucher permet de constater la présence de ganglions, envahis par l'infection.

Ces caractères, lorsqu'on les trouve, sont des bases solides sur lesquelles on peut étayer le diagnostic différentiel. Mais on devra toujours se souvenir que les signes cliniques sont parfois insuffisants. Il faut avoir recours au microscope qui, seul, révèle la nature intime du néoplasme.

Il nous reste maintenant à parler des syphilides gommeuses

du voile du palais dont la ressemblance avec le cancer peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

« Les tumeurs syphilitiques, dit M. P. Duplay, seront aisément confondues avec le cancer du voile du palais, et dans bien des cas, au début comme à la période d'ulcération, les commémoratifs et les effets du traitement par l'iodure de potassium pourront seuls trancher la question du diagnostic » (1).

Pour M. Fournier, le diagnostic différentiel avec l'épithélioma ne peut être hésitant qu'au début, à la période de crudité de la gomme. On observe très rarement la gomme à cette période embryonnaire. Finalement, lorsqu'on observe une tumeur gommeuse du voile, les éléments de la lésion sont entrés en dégénérescence et sont en voie de subir la transformation préparatoire au ramollissement.

» Ce qu'on observe le plus souvent, dit M. Fournier, c'est une infiltration diffuse du voile du palais et non pas une tumeur circonscrite, telle que vous la trouverez décrite par les auteurs. Ce qu'on voit au début, c'est ceci : le voile du palais, rouge, luisant, tendu, proéminent, faisant une saillie que je comparerai volontiers à celle qui se produit au voisinage de l'amygdale enflammée dans l'esquinancie vulgaire; ce voile est rigide au toucher, dur; on sent aisément qu'il est constitué non plus par une simple membrane mince et lamelleuse, mais bien par une cloison épaisse et comme charnue. Il est de plus manifestement privé de ses mouvements actifs et passifs. Lorsque vous examinez un voile du palais sain, vous le voyez exécuter certains mouvements, s'élever, s'abaisser, se tendre, se relâcher, se modifier de forme dans sa partie convexe, ses arcades ou ses piliers. Rien de semblable ici : le voile infiltré par la syphilide gom-

---

(1) Follin et Duplay. *Pathologie externe*, IV, 845.

meuse est immobile, sinon en totalité, bien entendu, du moins partiellement dans l'étendue qu'atteint l'infiltration; il n'est plus susceptible des mouvements délicats qu'il exécute à l'état sain, semble rigide, fixe, inerte.

En résumé, au point de vue clinique, la syphilide gommeuse du voile du palais présente, comme traits principaux de symptomatologie, les particularités suivantes : c'est une maladie remarquablement latente à son début, singulièrement insidieuse dans son évolution, ne s'accompagnant, pendant sa première période, ni de douleurs véritables, ni de troubles fonctionnels sérieux, puis aboutissant tout-à-coup à des troubles fonctionnels considérables et à des lésions des plus graves; lésions soudaines en apparence, mais lentement préparées en réalité, par un travail morbide, sourd et silencieux » (1).

Comme on le voit, d'après cette description magistrale, les gommes syphilitiques offriront souvent de grandes difficultés de dignostic. Le traitement spécifique seul pourra trancher la question dans un grand nombre de cas.

B

Après avoir distingué le cancer des autres néoplasmes du voile du palais, on devra s'attacher autant que possible à reconnaître quelle est la variété de tumeur maligne en présence de laquelle on se trouve.

Sarcome. — Nous étudierons d'abord les caractères particuliers du sarcome, qui nous paraît être plus fréquent, dans cette région, que l'épithélioma et le carcinome.

Le sarcome peut débuter chez les jeunes sujets, chez des

---

(1) A. Fournier, Sur la syphilide gommeuse du voile du palais (In *Gaz. des Hôpitaux* déc. 1867).

enfants, ainsi que le montrent les observations VII et XIX. D'une façon générale, il apparaît dans la première moitié de la vie. Pas plus que l'épithélioma, il n'a au voile du palais de siège de prédilection. Il se présente sous la forme d'une tumeur très irrégulière, recouverte d'une muqueuse grenue, comme chagrinée, et portant un lacis veineux assez accusé. Mais l'ulcération n'est pas précoce, comme dans l'épithélioma, elle peut même ne pas exister. C'est la raison pour laquelle on trouve rarement les ganglions infiltrés au début de l'affection, car la propagation du sarcome se fait par voie veineuse.

Epithélioma et Carcinome. — Nous étudierons ensemble ces deux affections, les observations de carcinome que nous possédons ne nous permettant pas d'établir entre elles un diagnostic différentiel.

L'épithélioma du voile du palais, suivant ainsi la règle de l'épithélioma des autres régions, se montre généralement dans la seconde moitié de la vie. Nous devons cependant en signaler un cas chez un jeune homme de 21 ans (Obs. IV). A cette particularité qui peut servir à le différencier du sarcome nous devons en ajouter d'autres et de plus importantes. La douleur est constante et précoce tandis que dans le sarcome elle peut tarder à paraître (Obs. XIV).

L'ulcération est de règle et cette ulcération repose sur une base dure; elle présente quelquefois des bourgeons qui saignent très facilement. La propagation du néoplasme se faisant par la voie lymphatique, les ganglions sont plus rapidement envahis que dans le sarcome.

C

Enfin, pour compléter le diagnostic il faudra se rendre un compte exact de l'étendue de la lésion. L'examen rhinoscopi-

que postérieur permettra de constater l'état des fosses nasales et du pharynx nasal. Par le toucher on reconnaîtra les adhérences de la tumeur et l'état des ganglions lymphatiques. On examinera aussi les différents organes pour y découvrir l'existence ou l'absence de généralisation.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le seul traitement du cancer du voile du palais est le traitement chirurgical. Mais le chirurgien ne peut l'appliquer indistinctement à tous les néoplasmes malins et l'étude des indications et des contre-indications doit être faite très attentivement.

Indications et contre indications : Toutes deux sont fondées sur l'état de la tumeur, l'engorgement ganglionnaire, la santé générale du malade.

Lorsqu'une partie du voile est seule atteinte par un néoplasme qui n'a pas encore infiltré trop profondément les tissus voisins; quand l'adénopathie secondaire, si on la constate, est limitée à l'angle de la mâchoire; enfin si les ganglions infiltrés sont encore mobiles, il est permis d'enlever la tumeur et l'opération peut être avantageuse. Il n'en est plus de même quand le néoplasme a envahi le voile presque en totalité et que l'on ne peut pas le délimiter nettement. Si avec cette circonstance très défavorable coexiste une masse ganglionnaire dure et immobile, si le malade est affaibli, on ne doit pas opérer.

En effet le délabrement nécessaire à l'extirpation d'une tumeur du voile du palais sera toujours considérable pour peu que l'affection date de quelque temps. La rapidité des récidives constatées dans nos observations semble prouver que le traumatisme chirurgical accélère la marche du néoplasme.

Nous nous bornerons, au point de vue du traitement chirurgical, à puiser dans le travail de M. Castex sur le traitement

des tumeurs malignes de l'arrière-bouche. Notre but n'est pas de donner le manuel opératoire de ces diverses opérations mais bien d'en indiquer la technique générale et les grandes lignes.

Opérations préliminaires. — On est quelquefois obligé de faire une trachéotomie préalable (Obs. XI), pour permettre au malade de respirer pendant l'opération.

Quelques chirurgiens lient la carotide externe pour diminuer l'abondance de l'hémorrhagie (Obs. VIII et IX), M. Polaillon la considère comme presque indispensable.

Enfin, on pratique quelquefois des sections et des résections osseuses.

Billroth a pratiqué le premier la résection temporaire du maxillaire inférieur, en 1861.

Opérations fondamentales. — De tous les agents d'exerèse qui ont été mis à contribution, on n'a guère conservé que l'anse galvanique, le bistouri et le thermo-cautère.

L'opérateur a le choix entre la voie naturelle et la voie artificielle.

La voie naturelle est indiquée dans les néoplasmes peu étendus, mobiles, sans adénopathie.

La voie artificielle lorsque l'on a besoin de se donner du jour et que le délabrement doit être considérable.

Plusieurs procédés ont été mis en œuvre par les chirurgiens.

Jæger incisa la joue pour la première fois, en 1834, pour l'extirpation d'un cancer de la langue.

Polaillon fait une incision demi-circulaire passant sur le bord inférieur et postérieur du maxillaire inférieur.

Verneuil a appliqué le procédé G. Maunoury (de Chartres), à un épithélioma du voile, du pilier antérieur et de la gencive. Ce procédé consiste en une incision verticale, qui descend de

la commissure labiale jusqu'à la base de la mâchoire en une incision horizontale, qui la continue jusqu'à l'angle.

TRAITEMENT MÉDICAL

Au début de la maladie et lorsque le diagnostic n'est pas fait, on doit toujours prescrire le traitement anti-syphilitique, alors même que l'on ne trouve chez le malade aucune trace de la syphilis.

En dehors de ce cas, le traitement médical ne peut être que palliatif.

On essaiera de calmer la douleur au moyen de la morphine, on soutiendra les forces du malade par les toniques. Si l'étendue de la lésion et la douleur provoquée par la déglutition empêchent le malade de se nourrir, il faudra l'alimenter au moyen d'une sonde passée dans les fosses nasales.

Enfin dans les cas d'asphyxie imminente, on pourra prolonger la vie du patient, ce qui est quelquefois très utile, en pratiquant la trachéotomie.

TRAITEMENT SÉROTHÉRAPIQUE

Pour si brève que soit cette étude, nous ne pouvons passer sous silence les essais qui ont pour but la cure du cancer par la sérothérapie.

Nous regrettons vivement que la petite fille de notre observation (Obs. XIV) n'ait pas été plus longtemps traitée.

Nous n'avons pu constater de résultat. Nous nous bornerons à dire que pendant le mois de juin il a été fait 12 injections de 2 cc. chacune, avec du sérum anticancéreux d'âne, sérum préparé au laboratoire de médecine expérimentale, par M. le professeur Ferré.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(J. Langton. Tr. clin. Soc. London, 1870).

Medullary cancer of left half of the solft palate.

C... (Georges), 59 ans, mais paraissant plus vieux, admis dans mon service à l'hôpital Saint-Barthélemy pour une tumeur occupant le palais mou. Comme malade externe, il avait déjà été soigné par le docteur Church pour deux grandes cavernes occupant le sommet des deux poumons. Les symptômes thoraciques s'étaient amendés sous l'influence du traitement, mais son état général ne s'était pas amélioré d'une manière analogue. Le 3 novembre, le docteur Church me pria d'examiner la gorge du malade pour une tumeur dont il faisait remonter l'existence à 3 mois, mais dont il ne s'était pas plaint avant cette visite. Le malade était très amaigri et son aspect était bien caractéristique d'une maladie grave. La respiration et la déglutition étaient très embarrassées et cette dernière à un tel point que pendant le dernier mois il avait été incapable d'avaler une nourriture solide. Dans la moitié gauche du voile du palais on voyait une tumeur du volume d'une grosse noix, refoulant la luette vers le côté droit et fermant presque l'isthme du gosier. La tumeur se développait vers le bas dans l'intervalle des deux piliers et s'étendait dans le pharynx, sans que le doigt pût aisément passer au-dessus de l'ouverture postérieure des narines entre la tumeur et la face postérieure du pharynx. La tumeur était molle et plutôt fluctuante au toucher. La muqueuse qui la recouvrait était légèrement congestionnée et on

voyait quelques grosses veines ramper à sa surface. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire dans la région cervicale. L'indication étant pressante, nous avons résolu d'enlever la tumeur. Le bâillon de M. Smith fut placé dans la bouche et nous obtînmes ainsi une bonne vue de toute la tumeur.

Une incision oblique fut faite suivant l'axe de la tumeur et la muqueuse fut rétractée. Hémorrhagie abondante, mais à cela près il n'y eut pas d'autre obstacle à l'enlèvement de la tumeur. Elle fut aisément énucléée excepté du côté du palais dur où les adhérences étaient plus fortes. La plaie fut suturée au fil d'argent et l'ouverture de l'isthme ramenée à sa grandeur normale.

La tumeur était molle et lobulée; sa section présentait les caractères habituels du cancer médullaire, ce que confirma l'examen microscopique. L'état du malade s'améliora après l'extirpation de la tumeur cancéreuse. La respiration se fit de nouveau par la bouche et le nez; le malade put prendre une nourriture solide. Après sa sortie de l'hôpital, il continua de s'améliorer et put se rendre à l'intérieur du pays avant la fin de novembre.

Il rentrait le 14 décembre avec récidive au palais, les ganglions cervicaux gauches pris par le cancer. La tumeur s'étendit rapidement dans le palais et le malade mourut de consomption le 3 janvier 1870.

A l'autopsie, la tumeur comprenait principalement le voile du palais et s'étendait à une assez grande distance dans le pharynx buccal. Le côté droit était pris dans une certaine étendue mais la tumeur ne pouvait y être bien délimitée. La muqueuse n'était pas ulcérée du côté de la bouche, mais du côté des fosses nasales la plus grande partie était ulcérée et présentait les fongosités caractéristiques du cancer. La tumeur avait le volume d'une mandarine et même après un examen attentif, nous ne pûmes trouver de connexion avec le palais dur. Les ganglions étaient pris profondément, du cou au médiastin.

OBSERVATION II

(Tédenat).

Sarcome embryonnaire.

Jean M..., 44 ans, entre le 5 octobre 1875, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. le professeur Valette. Il présente à la face inférieure du voile du palais une tumeur du volume d'un œuf de poule. Le malade la fait remonau mois de juillet dernier. A cette époque, elle avait les dimensions d'une aveline. Elle s'est développée très rapidement, n'a jamais occasionné de douleurs; mais, depuis deux mois environ, la parole est nasonnée, la déglutition difficile.

La tumeur est lisse, plutôt molle que dure; la muqueuse est peu mobile sur elle, mais n'offre aucune trace d'inflammation. Quelques petits ganglions dans les régions rétro-maxillaire et parotidienne gauche (côté de la tumeur).

L'état général est satisfaisant. L'opération est pratiquée le 8 octobre par le procédé ordinaire.

Le malade sort le 20 octobre. La plaie n'est pas encore complètement cicatrisée; il reste une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

La tumeur a la structure d'un sarcome embryonnaire; les culs-de-sacs glandulaires sont élargis, remplis d'épithélium.

Le 25 février 1876, le malade revient dans le service. Il dit que quelques jours après son départ, la cicatrisation se termina; mais, vers le 15 janvier, il éprouva quelques douleurs et le médecin lui annonça le retour de la tumeur.

Actuellement, elle est très volumineuse; tout le voile du palais est épaissi et présente des nodosités arrondies à sa surface inférieure. Les ganglions rétro-maxillaires sont engorgés, le teint jaune, l'appétit diminué.

Cette récidive nous fait rejeter l'idée d'une nouvelle opération.

OBSERVATION III

(E. Vincent. *Lyon médical*, 1878).

Adéno-sarcome du voile du palais.

Il s'agit d'un cultivateur de 41 ans, F... (André), jouissant d'une très bonne santé. Il est arrivé le 5 janvier à Saint-Sacerdos, avec de la dysphagie, une grande gêne respiratoire et des accès de suffocation dont le début remontait à 4 ou 5 jours seulement. On constate, dans le fond de la bouche, la présence d'une tumeur qui obstrue complètement l'isthme du pharynx; le voile du palais est abaissé et refoulé en avant, les piliers sont repoussés en dehors; la base de la langue est en contact immédiat avec la face inférieure de la tumeur.

Le malade dit que depuis 5 à 6 mois seulement il se doute de l'existence de quelque chose d'anormal dans son gosier; que, jusqu'à ces derniers jours, il n'a éprouvé qu'un peu de gêne pour respirer par le nez et du nasonnement de la voix. La narine droite est seule partiellement obstruée. Actuellement, la tumeur a le volume d'un gros œuf de poule; la muqueuse qui la recouvre ne lui adhère pas; elle est ulcérée sur l'étendue d'une pièce de 50 centimes à sa face inférieure, celle qui appuie sur la langue; *il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire,* jamais d'hémorrhagie.

Le 8 janvier, M. Ollier procède à un examen plus approfondi qui lui permet de se rendre compte du siège de la tumeur, de l'intégrité des amygdales et de poser enfin le diagnostic de tumeur bénigne, d'adénome du voile du palais. En pratiquant cet examen, il déchira les bords de l'ulcération de la muqueuse. Profitant de cette circonstance, il introduisit le doigt entre la muqueuse et la tumeur et constata positivement qu'elles n'adhéraient pas entre elles. Pressant alors avec le bout du doigt sur la tumeur elle-même, il pénétra sans effort dans la substance friable dont il se détacha presque de soi-même un fragment, puis deux, puis trois. Poursuivant ce travail de curage, il transforma son exploration en opération et, partie avec le doigt, partie avec une pince à polypes, il énucléa, séance tenante,

la totalité de la tumeur. Au résumé, celle-ci était née sur la face inférieure et le bord externe droit du voile du palais, puis, déplissant les muqueuses, elle s'était étendue en dehors et en arrière sous la muqueuse du pharynx; elle avait un prolongement du côté de la fosse nasale droite.

Les suites immédiates ont été excellentes. Pas d'hémorrhagie, soulagement complet, respiration libre, etc.

Mais l'examen microscopique ne permettait pas de partager la satisfaction du malade. Car l'adénome clinique était histologiquement un sarcome à petites cellules et, par suite, une tumeur susceptible de récidive. L'évènement l'a prouvé, car l'opéré, sorti le 18 janvier, est rentré le 5 février avec un commencement de récidive sur la paroi pharyngienne avec prolongement du côté de l'apophyse ptérygoïde droite. Il se plaignait d'un peu de gêne dans la déglutition et d'une certaine dureté d'oreille du côté droit; la tumeur récidivée avait déjà le volume d'une petite noix. La respiration n'éprouvait pas encore d'atteinte notable. Inutile de dire que ce malade a été renvoyé sans avoir subi de nouvelle opération.

OBSERVATION IV

(Thèse de Ott, Paris, 1880).

Epithélioma du voile.

H..., 21 ans, présentait une tumeur ulcérée occupant la partie médiane de l'extrémité postérieure du voile et qui était surtout bien apparente quand on abaissait la langue du malade.

Cette tumeur avait le diamètre d'une pièce de 2 fr., elle présentait une légère élévation au-dessus de la muqueuse du voile; un sillon la séparait très nettement des parties saines. La tumeur était résistante au toucher, un peu molle. Un instrument recourbé introduit derrière le voile fait constater que la tumeur est également limitée en arrière. En avant, la surface est rouge, ulcérée; on y voit quelques points grisâtres. On fait l'opération en pratiquant une incision circulaire du voile autour de la tumeur. Il se produit une faible hémorrhagie qui s'arrête spontanément.

En examinant la tumeur une fois enlevée, on constate que sa surface antérieure est mamelonnée, friable et présente de petits lambeaux de tissu à peine adhérents.

La face postérieure est dure, inégale; elle a la forme d'un fer à cheval. L'épaisseur totale de cette tumeur est de un centimètre et demi en la mesurant à l'extrémité supérieure de la section. Elle présente une forme demi-circulaire; elle est composée de deux lobes latéraux et d'un lobe médian formé par la luette. L'examen histologique démontra que l'on avait affaire à un épithélioma. Le malade a été perdu de vue et nous ignorons ce qu'il est devenu après l'opération.

OBSERVATION V

(Heurtaux. Bulletin Soc. anat. Nantes, 1881, p. 18).

Epithélioma lobulé du voile du palais.

M. Heurtaux présente un voile du palais atteint d'épithélioma primitif. Le porteur était un homme de 53 ans, grand fumeur. Le mal n'avait débuté que depuis 8 mois, il avait été cautérisé au nitrate d'argent, et avait fait des progrès rapides; le pilier gauche était déjà malade au moment de l'opération. Le mal fut circonscrit avec le thermocautère et la séparation du voile malade fut terminé avec les ciseaux.

L'examen histologique montre un type d'épithélioma pavimenteux lobulé à cellules dentelées, riche en globes épidermiques. La trame est composée de fibrilles connectives et de très nombreuses cellules fusiformes; par places, elle contient des fibres élastiques évidemment préexistantes. Les préparations montrent de grands amas glandulaires dans lesquels un certain nombre de culs-de-sac sont malades. On peut supposer que les glandes salivaires isolées du voile du palais ont été le point de départ de la lésion (année 1881, pièce n. 17).

Nous avons écrit à M. le Dr Heurtaux pour lui demander quelques renseignements complémentaires. Il nous a répondu avec beaucoup d'empressement. Nous ne saurions trop le remercier de son amabilité.

Voici le contenu de la lettre qu'il a bien voulu nous adresser : « M. B..., 53 ans. Epithélioma lobulé du côte gauche du voile du palais, ayant débuté il y a 8 mois. Quand je suis appelé près du malade, le néoplasme se présente sous la forme d'une petite tumeur saillante, arrondie, à surface ulcérée et granuleuse, ayant 25 à 30 millimètres de diamètre. Cette ulcération saigne facilement, sensibilité dans les mouvements de déglutition. Pas de ganglions engorgés appréciables derrière l'angle de la mâchoire. Opération le 4 février 1881. Une récidive prompte se manifeste. Le malade se rend alors à Paris où il est opéré une seconde fois par Verneuil. Nouvelle récidive très rapide, le malade meurt le 16 août 1881.

» Ainsi l'évolution de la maladie a été extrêmement rapide.

» L'épithélioma primitif du voile du palais paraît être fort rare ; c'est le seul cas que j'aie vu, sur un total de plus de 550 épithéliomas observés par moi-même ou trouvés dans les auteurs ».

OBSERVATION VI

(Thèse de Lussaud, 1883).

Observation recueillie dans le service de M. le professeur Lanelongue

Bernard S..., 29 ans, journalier, entre dans le service de clinique chirurgicale à l'Hôpital Saint-André, le 16 avril 1883.

L'aspect général du malade est peu satisfaisant : c'est un homme amaigri, fatigué; les yeux sont enfoncés dans les cavités orbitaires, la peau et les muqueuses sont pâles, mais on ne constate aucune trace de cachexie.

L'examen des viscères thoraciques et abdominaux ne révèle rien de suspect, les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement, les urines ne décèlent rien d'anormal par l'analyse chimique.

Les commémoratifs établissent une santé précaire dès l'enfance; le malade dit que dès son bas-âge il a eu fréquemment des angines; en outre, il est rhumatisant, sans pouvoir cependant donner des renseignements précis au sujet de cette affection.

S..., a contracté en juillet 1880 un chancre induré, qui a mis près de six mois à se cicatriser et pour lequel il a subi, au commencement de 1881, un traitement mercuriel; cependant au moment de son admission, on constate qu'il perd encore ses cheveux, mais c'est le seul accident syphilitique qu'il soit possible de constater. Pas de traces d'éruption sur la peau ni sur les muqueuses, pas d'adénite.

Pour la première fois, vers le milieu de janvier 1883, il ressent un peu de difficulté pour avaler, puis au bout de quelques jours la voix s'est voilée.

Examen clinique à l'entrée. — Une tumeur mollasse, pseudo-fluctuante, adhère à la muqueuse du voile; elle rejette en avant le pilier antérieur, obture le côté droit du vestibule pharyngien et atteint la base droite de la langue qu'elle recouvre. La muqueuse est lisse, d'un rouge sombre; en aucun point on ne trouve de trace d'ulcération.

Tuméfaction rougeâtre occupant la région amygdalienne droite et qui empiète sur la partie droite du voile.

L'examen pratiqué avec le doigt permet de circonscrire la partie postérieure et supérieure de cette tumeur, qui envahit l'arrière-cavité droite des fosses nasales, sans cependant avoir contracté d'adhérences.

S... est soumis immédiatement au traitement par l'iodure de potassium, à la dose quotidienne de 2 grammes, et l'analyse de l'urine, en décelant une quantité notable d'iode, donne la certitude que le malade prend son médicament.

Malgré les conditions favorables du milieu, l'état général reste mauvais; le 27 avril, dix jours après l'entrée à l'hôpital, la tumeur n'a pas changé de volume, mais l'on voit apparaître sur son point culminant une petite ulcération qui, au lieu de s'étendre, guérit assez rapidement.

Peu après les aliments solides, qui n'étaient pris qu'avec difficulté, ne peuvent plus passer, puis les liquides alimentaires refluent par les fosses nasales, et sont parfois accompagnés de mucosités sanguinolentes; il y a des bourdonnements de l'oreille droite qui empêchent ou troublent le sommeil; le malade maigrit et s'anémie; le traitement ioduré ne fait nullement varier le volume de la tumeur, qui augmente de jour en jour.

Le 30 mai, M. le professeur Lanelongue se décide à pratiquer l'extirpation.

Incision avec le bistouri sur la partie proéminente de la tumeur; la dissection de la muqueuse est rendue difficile par la présence de nombreuses adhérences et, passant le doigt en arrière, on trouve encore des adhérences; mais, après plusieurs tentatives, M. Lanelongue peut énucléer la plus grande partie de la tumeur; l'hémorrhagie est peu abondante, il n'y a pas eu d'anesthésie.

Cette énucléation faite, on peut se rendre compte de l'étendue envahie par le néoplasme. L'amygdale droite, les pilliers antérieur et postérieur, la paroi droite de l'arrière cavité des fosses nasales sont infiltrés par les éléments morbides; il faut alors faire un râclage de tous ces organes, et, ce râclage fait avec le soin le plus minutieux, M. Lanelongue applique sur toutes les parties de la pâte de Canquoin.

On dispose, à cet effet, une petite planchette en bois, au milieu de laquelle on place un fil, et que l'on recouvre ensuite de pâte caustique. Le fil étant passé par la narine droite à l'aide de la sonde de Belloc, on applique très énergiquement le cautisque. Un gonflement énorme apparaît pendant la nuit, on enlève la pâte de Canquoin, et pendant les jours consécutifs à l'opération on se contente de pratiquer des lavages antiseptiques de la bouche et des fosses nasales. Une large escarre se détache le neuvième jour; on continue les lavages antiseptiques.

Le malade n'a plus de gêne pour respirer, il peut se nourrir et avaler même quelques aliments solides; mais l'état général ne se modifie pas. Les ganglions du cou n'ont subi aucun changement dans leur volume.

Après une période stationnaire qui fait espérer la cicatrisation complète de l'ulcère, on voit apparaître, dans les derniers jours de juin, des bourgeons charnus de mauvaise nature qui envahissent rapidement toute la partie postérieure du pharynx. Le 25 juin, M. Lanelongue pratique dans ces bourgeons charnus deux injections interstitielles de chlorure de zinc au cinquième. Deux jours après, il se forme deux escharres qui s'éliminent très lentement.

Le 15 juillet, le malade est pris d'hémorrhagies abondantes, le sang s'écoule en nappes des bourgeons charnus qui tapissent le pharynx; ces hémorrhagies se répètent souvent sans qu'on puisse par aucun moyen les atténuer, et presque toujours elles sont foudroyantes.

L'état général devient de plus en plus mauvais et le malade meurt dans les premiers jours d'août absolument épuisé.

L'autopsie n'a pu être faite.

Examen microscopique. — L'examen histologique du néoplasme a été fait par M. le Dr Bonnafy, professeur à l'Ecole de médecine navale de Rochefort.

La tumeur a été durcie dans l'alcool et dans une solution de gomme. Différentes coupes sont pratiquées dans son épaisseur, et, après avoir coloré les préparations au picro-carminate d'ammoniaque, on les monte dans la glycérine. On constate au microscope une quantité considérable de petites cellules embryonnaires; de distance en distance, on aperçoit quelques traînées de cellules lamineuses, mais en petite quantité. Une goutte d'acide acétique étant déposée sur la préparation microscopique, le tissu lamineux se gonfle, devient plus apparent, mais on constate encore plus facilement qu'il n'existe qu'en de rares endroits. Cette tumeur est donc un sarcome embryoplastique presque pur.

Les symptômes cliniques présentés par le malade permettaient du reste de poser ce diagnostic. Que voyons-nous en effet? Une tumeur molle, indolente dans toutes ses périodes, même au moment où une ulcération s'était montrée à sa surface. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires ne sont pas engorgés, chose remarquable chez un sujet ayant contracté la syphilis depuis si peu de temps et qui n'avait suivi qu'un traitement mercuriel probablement insuffisant et interrompu par négligence, ainsi que nous le voyons trop souvent chez les personnes de sa condition.

La santé est délabrée, c'est vrai, mais il n'a pas la teinte jaune paille caractéristique du cancer; nous savons qu'il est rhumatisant et de plus syphilitique, deux raisons suffisantes pour que le sujet soit dans un état anémique très prononcé. Ajoutons à cela la gêne que la tumeur apporte à l'ingestion des aliments solides et liquides, gêne qui augmente au point de

décider l'opération et nous aurons toutes les raisons de son anémie et de sa faiblesse extrême.

Dans le carcinome, au contraire, précocité des douleurs lancinantes, qui deviennent intolérables au point que trop souvent le rôle du chirurgien doit se borner à prescrire des calmants pour permettre aux malheureux cancéreux d'attendre sans trop souffrir leurs derniers moments. De plus, le carcinome non seulement envahit de bonne heure les tissus qui l'avoisinent, mais encore, poussant des bourgeons dans les lymphatiques, va pulluler dans les ganglions et former, pour ainsi dire, des colonies de cellules cancéreuses qui infectent bientôt l'organisme et produisent la teinte cachectique. On peut objecter la repullulation presque immédiate de la tumeur; mais n'a-t-on pas vu dans les observations citées certains néoplasmes sarcomateux, surtout ceux se rapprochant le plus du sarcome embryoplastique, reparaître rapidement et emporter les malades? Enfin nous avons affaire ici à un sarcome encéphaloïde, variété la plus maligne de ce genre.

On doit remarquer qu'à l'examen microscopique, on ne constate pas l'existence de culs-de-sac ni d'épithélium glandulaires; il faut en conclure que pour le cas présent, cette tumeur ne s'est pas développée dans l'épithélium d'une glande, mais sous la muqueuse du voile palatin, car, pour Péan, le sarcome sous-muqueux du voile a une marche envahissante très prononcée, et se termine presque toujours d'une façon funeste.

OBSERVATION VII

(Castex) (1).

Tumeur maligne du voile du palais chez une petite fille de 10 ans.

J'ai vu le 29 juillet 1884 à la Charité, dans le service de M. Desprès, une petite fille de 10 ans, qui, à l'âge de 7 ans, avait senti se développer sur la moitié gauche du voile du palais un néoplasme d'abord stationnaire.

---

(1) Castex, Traitement des tumeurs malignes de l'arrière-bouche. *Revue de chirurgie*, 1886, p. 130.

Diverses cautérisations n'avaient fait qu'empirer le mal.

En 1884, une adénite angulo-maxillaire aiguë se déclare à gauche. L'incision donne issue à une certaine quantité de pus; puis au lieu de se cicatriser l'incision livre passage à des masses fongueuses prenant des proportions considérables.

A la date du 29 juillet toute la moitié gauche du cou est envahie par le néoplasme secondaire des ganglions. Enorme champignon cérébroïde. Toute l'arrière-bouche est envahie par une masse analogue que M. Desprès fragmente avec le bord tranchant d'une cuillère d'étain pour faciliter la déglutition.

Après chaque fragmentation de la tumeur, il s'écoule très peu de sang. A cause de ses caractères cliniques, M. Desprès considère le néoplasme comme de l'épithélioma; il a envahi le pharynx et respecté les amygdales.

L'aspect que présente cette fillette est navrant et chose singulière l'état général n'est pas mauvais.

La tumeur examinée quelque temps après par M. Rémy a été considérée par lui comme du sarcome.

OBSERVATION VIII

(Trèves. *Lancet*, 1884).

Sarcome du voile du palais.

Homme âgé de 68 ans. La tumeur occupait tout le côté gauche du voile. Le malade l'avait remarquée huit mois avant de venir se faire traiter. Trente-sept ans auparavant on avait enlevé une tumeur siégeant exactement à la même place. M. Trèves lia la carotide primitive et enleva la tumeur ainsi que la moitié gauche du palais.

La tumeur examinée par M. Eve était du sarcome alvéolaire faiblement encapsulé et il n'y avait rien du côté des ganglions. Le malade fut rapidement rétabli.

OBSERVATION IX

(Trèves. *Lancet*, 1884).

Carcinome adénoïde du voile du palais.

Homme 56 ans. Il présentait une tumeur grosse comme une châtaigne, dans le côté droit du voile. Elle avait été remarquée par le malade deux mois avant son admission à l'hôpital. M. Trèves lia la carotide primitive et enleva la tumeur ainsi qu'une partie du palais. M. Eve y reconnut un carcinome adénoïde.

OBSERVATION X

Page (*Lancet*. London, 1887).

Epithélioma du voile.

E. D..., âgé de 37 ans, pompier, admis en octobre 1886. Bons antécédents héréditaires, bonnes habitudes et dans ses antécédents personnels pas de signes de syphilis. Le mois d'avril dernier, il trouva avec la langue une petite saillie au voile du palais. Cette saillie s'accrut lentement, et quand elle fut grosse comme un pois, elle fut excisée par le docteur du malade. La plaie se cicatrisa mal, et quand le malade entra à l'hôpital, il y avait une petite cicatrice à la partie moyenne du voile du palais. Sur le bord gauche de cette cicatrice, on voyait une petite excroissance de la grosseur d'un petit pois, rappelant exactement une crête de coq. On trouvait au côté droit du cou, en avant du sterno-mastoïdien, un petit ganglion qui s'était développé.

Le malade fut traité sans résultat avec de fortes doses d'iodure de potassium et de mercure. La tumeur fut enlevée, mais une tumeur semblable apparut de l'autre côté. Toute la tumeur fut largement enlevée avec le couteau le 9 novembre, en excisant toute l'épaisseur du palais. La plaie se cicatrisa, et il y eut récidive au bout d'un mois, le ganglion du cou augmenta rapidement, le malade se présenta chez moi le 23 décembre.

Le 1er février, il se présenta à l'hôpital. Tout le voile du palais n'est plus qu'une masse épithéliomateuse et la maladie s'est étendue au pilier droit et à l'amygdale. Le malade a mauvaise mine et est très anémié. Le ganglion du cou s'est encore accru, il est gros maintenant comme une orange, et il est fixé aux autres ganglions, qui sont également pris.

OBSERVATION XI

(Lauenstein. *Deutsc. med. Wochenschr.*, 1888).

Carcinome du voile du palais. — Extirpation.

Homme 65 ans. Il se plaignait depuis quelques mois de douleurs dans la gorge et moins encore de douleurs que de troubles dans la déglutition et dans la phonation. Lorsque l'auteur l'a vu pour la première fois, fin décembre, le voile du palais était transformé en une tumeur bosselée, colorée en rouge sombre et boursoufflée sur ses bords. Cette tumeur avait complètement effacé la configuration normale du voile du palais.

Pas d'antécédents. Le malade était fumeur et quelque peu alcoolique. Il niait la syphilis, mais l'aspect de la tumeur ne permit pas d'écarter tout d'abord cette origine. Le traitement fut institué pendant trois semaines sans résultat. Comme l'extirpation était possible, le malade se décida. L'auteur essaya d'abord l'incision, la tête penchée en bas. Mais, comme on ne pouvait endormir le malade, on fit la trachéotomie préalable. Huit jours après, on fit l'extirpation du néoplasme et des piliers ; pour avoir suffisamment de place dans la cavité buccale rétrécie par l'absence complète des dents, l'auteur avait fendu la joue droite.

OBSERVATION XII

Par MM. Ch. Faguet et Cabannes (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1893, p. 18).

Epithélioma pavimenteux lobulé du voile du palais survenu neuf ans après un cancroïde de la lèvre inférieure, opéré et dont la guérison est restée définitive.

M. (Louis), 75 ans, entre le 2 novembre 1893 à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Lanelongue, pour une affection de la gorge qui depuis quelque temps gêne notablement la déglutition.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires de ce malade, dont les parents sont tous morts à un âge avancé, sans avoir jamais présenté d'affections néoplasiques ou diathésiques.

Personnellement cet homme a toujours eu une bonne santé jusqu'en 1884; ni syphilis ni tuberculose.

En 1884, le malade, qui de tout temps avait fait un abus considérable de la pipe et particulièrement de la pipe à tuyau court, dite *brûle-gueule*, vit se produire sur sa lèvre inférieure gauche, à peu de distance de la commissure, une petite tumeur dure à sa base, ulcérée à sa surface et qui en quelques mois avait atteint le volume d'un petit haricot. Inquiété par cette évolution rapide, M. Louis consulta M. le professeur Lanelongue, qui porta le diagnostic d'épithélioma de la lèvre inférieure; la tumeur, qui n'avait pas encore retenti sur les ganglions lymphatiques sous-maxillaires, fut circonscrite par une incision en V et enlevée. La réunion se fit par première intention et le malade, guéri, quitte l'hôpital au bout d'une dizaine de jours. Cette guérison s'est maintenue parfaite.

Il y a 4 ou 5 mois environ, cet homme, dont la santé était toujours restée excellente, a éprouvé des douleurs dans l'arrière-gorge et quelques difficultés au moment de la déglutition; en même temps, le timbre de sa voix se modifiait légèrement. Ces symptômes, d'abord peu accusés, augmentèrent bientôt et le malade, que cette aggravation sensible préoccupait, examina sa gorge et observa sur la face antérieure de son voile du palais une tumeur

du volume d'un pois, dont l'aspect lui rappela celle qu'il avait eue 9 ans auparavant sur la lèvre inférieure gauche ; 2 mois après le néoplasme avait environ doublé de volume et les troubles fonctionnels étaient devenus très pénibles. La déglutition plus particulièrement était très difficile, surtout pour les aliments solides, et bientôt le malade fut obligé de se nourrir exclusivement de liquides : lait, bouillon, vin.

Etat actuel (2 novembre 1893). — L'état général est relativement assez bon, malgré un amaigrissement sensible et une diminution notable des forces, sur laquelle le malade attire l'attention. Il existe au niveau de la lèvre inférieure gauche une cicatrice linéaire, verticale, trace de l'intervention chirurgicale pratiquée en ce point ; mais cette cicatrice est souple dans toute son étendue ; l'inspection et le palper n'y révèlent rien d'anormal. Si on fait ouvrir la bouche aussi largement que possible, on constate que l'arrière-gorge tout entière et une partie de la cavité buccale sont remplies par une tumeur de forme générale arrondie, du volume d'une grosse noix, irrégulière et mamelonnée à sa surface, de coloration grisâtre, de consistance assez ferme et d'où s'écoule un suintement purulent et fétide. Pas d'hémorrhagies. Cette tumeur, qu'il est assez facile de circonscrire, occupe la position normale du voile du palais dont on ne retrouve plus aucune trace. Elle remplit l'isthme du gosier en totalité. En haut et en avant, elle arrive jusqu'à l'insertion du voile sur la voûte palatine ; à droite et à gauche, elle a envahi dans une certaine étendue les piliers antérieurs et postérieurs, mais les amygdales sont saines ; en bas, elle fait une saillie arrondie qui arrive au contact de la face dorsale de la langue ; en arrière, il est difficile de remonter jusqu'à sa limite supérieure, mais le doigt explorateur ne rencontre aucune adhérence la reliant aux parois postérieure et latérale du pharynx qui ont conservé leur consistance normale. Les fosses nasales sont libres.

Les ganglions sous-maxillaires sont peu développés.

Les autres organes paraissent sains et en particulier l'estomac, l'intestin, et l'appareil respiratoire.

Le malade est alimenté avec des liquides et on lui prescrit de se rincer

très fréquemment la bouche avec une solution tiède d'acide borique à 4 0/0 en attendant une intervention chirurgicale.

Opération (30 novembre) : Après ces soins préliminaires et anesthésie locale à la cocaïne, M. le professeur Lanelongue saisit la tumeur à l'aide du thermo-cautère de Paquelin; la section porte latéralement sur les piliers et en haut sur le bord postérieur de la voûte palatine. Le néoplasme, très friable, se fragmente et ne peut être enlevé complètement que par morcellement.

Au cours de l'intervention, il ne s'est pas produit d'hémorrhagie importante.

Pendant les premiers jours qui ont suivi l'intervention, le malade a dû être alimenté à l'aide de la sonde œsophagienne à cause de la douleur et du rejet des aliments par les fosses nasales; actuellement (14 décembre), la déglutition arrive à se faire assez bien pour qu'on ait pu suspendre le gavage. La voix, quoique très modifiée dans son timbre, est cependant très compréhensible.

Les lavages boriqués de la bouche sont toujours continués.

Les escharres sont en grande partie détachées.

Le 25 décembre : Exeat.

Examen de la tumeur. — Macroscopiquement, le néoplasme ne présente pas d'autres particularités que celles déjà signalées. Des fragments sont fixés par l'alcool, puis, après coloration en masse dans le carmin d'Orth et inclusion dans la parafine, nous avons constaté les caractères suivants :

Histologiquement, les fragments examinés ne contiennent aucun élément qui permette de localiser le néoplasme. Ils sont constitués à la périphérie par un épithélium pavimenteux, nucléé sur ses diverses couches, qui se continuent dans la profondeur par des digitations plus ou moins isolées du tissu matriciel. Ces îlots sont formés par des cellules cylindro-coniques à la périphérie, polyédriques et moins vivement colorées au centre; le protoplasma de quelques-unes est devenu colloïde. On trouve çà et là des globes épidermiques dont les éléments constituants présentent des noyaux allongés et à disposition concentrique. Les globes épidermiques sont en petit

nombre et pourraient échapper à un examen superficiel ou sur des coupes faiblement colorées. Ces productions épithéliales sont tassées les unes contre les autres et sont à peine isolées par un tissu conjonctif lâche, peu vascularisé, au milieu duquel on trouve en assez grand nombre des globules clairs, réfringents, d'aspect colloïde et quelques cellules d'infiltration.

En résumé, il s'agit d'une forme d'épithélioma pavimenteux lobulé ; c'est une tumeur histologiquement intermédiaire entre la forme tubulée, la forme *ulcus rodens* et l'épithélioma pavimenteux lobulé typique.

« Nous avons pu retrouver le malade. Nous le voyons le 10 juillet 1895. Il nous dit qu'il n'a cessé de souffrir depuis l'opération et principalement du côté de l'oreille droite ; qu'il s'est écoulé du liquide par cette oreille et de plus, que sa narine droite lui paraît être bouchée. Le malade a de la peine à parler, sa voix est nasonnée, mais on le comprend très bien. Depuis quelque temps il ne peut presque plus prendre d'aliments solides et il rejette souvent les liquides par le nez. A l'examen on voit, sur toute la partie de l'arrière-bouche où a porté l'opération, une grosse tumeur du volume d'une mandarine. Les ganglions de l'angle de la mâchoire sont pris des deux côtés mais surtout à droite, on les sent rouler sous le doigt, ils sont très durs, mobiles et du volume d'une grosse lentille » (Mourié).

OBSERVATION XIII

(Dr Cleveland, à Philadelphie. *Med. news*, 94).

Epithélioma du voile du palais.

Le 16 mai 1893, M. C... (P.), âgé de 65 ans, se présentait à la clinique des maladies du nez et de la gorge, au *Polyclinic hospital*. Il nous dit qu'il avait eu au commencement de l'hiver une attaque d'influenza accompagnée d'une forte toux. La violence de cette toux, pensait-il, avait causé l'enrouement et la légère douleur qu'il avait eus à ce moment. La toux et l'enrouement disparurent bientôt, mais la douleur persiste encore et dernièrement il avait constaté par le toucher une petite tumeur dans la bouche. Peu de temps

après la douleur était devenue très aiguë, soit pour avaler, soit pour parler.

Comme antécédents héréditaires, son père était mort d'un cancer, à l'âge de 50 ans et sa mère, à 63 ans, à la suite d'un effort. Ses 4 frères et sa sœur étaient morts sans rien présenter de cancéreux.

A l'examen on découvrait une grosse masse irrégulière comprenant la luette tout entière, le voile du palais et la partie supérieure des piliers Le bord en paraissait élevé et bien délimité. Toute la tumeur semblait dure au toucher et était recouverte d'une ulcération.

Le diagnostic probable d'épithélioma fut fait tout de suite et confirmé par l'examen microscopique d'une partie de la luette. Comme une opération immédiate semblait offrir le plus de chances au malade, on l'en avisa et il accepta. J'opérai à l'hôpital le 6 juin devant le médecin de la famille. Afin d'éviter l'hémorrhagie et comme la tumeur était nettement limitée, je décidai de faire l'anesthésie avec la cocaïne et d'enlever la tumeur au galvano-cautère. La douleur du galvano-cautère étant facilement supportée, je supprimai bientôt la cocaïne.

Comme il était à peu près impossible de se servir continuellement du galvano-cautère, l'opération étant très longue, j'eus enfin recours avec succès à une toute petite pointe du cautère de Paquelin. A ce moment il y eut une hémorrhagie jusqu'à ce que j'eusse sectionné, au bistouri, les quelques fibres qui retenaient la tumeur, mais elle fut très faible.

Le malade eut une bonne convalescence et on lui permit de quitter l'hôpital le 8 juin. Dans l'espace de deux semaines la plaie fut entièrement cicatrisée. Depuis lors il n'y a aucun signe de récidive.

OBSERVATION XIV (inédite).

(Communiquée par MM. Desmartin et Jeanty).

Sarcome du voile du palais.

X..., fillette, 5 ans et demi. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. On ne trouve ni tuberculose, ni syphilis, ni affections cancéreuses. Un frère de 24 ans se porte très bien.

Rien dans les antécédents personnels. Elle a eu trois nourrices, et il a été impossible de savoir si les unes ou les autres avaient eu la syphilis.

Dans le courant du mois de février 1895, le docteur Desmartin est appelé pour examiner l'enfant, qui toussait et qui avait des vomissements. Il constata une bronchite généralisée. Par hasard, en examinant la gorge de la petite malade, il aperçut au point de jonction du pilier antérieur droit et du voile du palais un petit bourgeon dentelé, de la grosseur d'une lentille. Ce bourgeon avait la même coloration que la muqueuse, et, tout autour de lui, jusque sur la luette, on apercevait de petites granulations de la même couleur que la muqueuse.

L'enfant n'avait jamais souffert du fait de cette tumeur, elle n'avait jamais attiré l'attention de ses parents de ce côté, elle s'alimentait très bien, sauf depuis le début de sa bronchite, c'est-à-dire depuis 4 ou 5 jours. Le sommeil était excellent, la voix normale, pas de maux de tête, pas d'infiltration ganglionnaire, l'état général était très bon.

M. le docteur Desmartin conseilla de faire examiner la tumeur par M. le docteur Jeanty. Mais celui-ci ne put voir la malade que le 23 avril. A cette époque, tout le voile du palais était envahi par une tumeur absolument irrégulière. La petite saillie, qui, au mois de février, avait le volume d'une lentille, était aujourd'hui plus grosse qu'une noisette, très irrégulière de forme, recouverte d'une muqueuse grenue. D'ailleurs, sur toute la tumeur, la muqueuse était chagrinée, mamelonnée et offrait un aspect très irrégulier.

La luette était aussi envahie par le néoplasme, son volume avait doublé et s'étendait surtout dans le sens de la largeur.

Sa forme était tellement changée que, n'eût été sa place, on n'aurait pu reconnaître la luette.

Sur le côté gauche du voile du palais une seconde tumeur se développait; elle avait en ce moment le volume d'une grosse lentille. La muqueuse ne glissait pas sur la tumeur, qui était peu mobile et dont la consistance était ferme et élastique. Le toucher faisait reconnaître que l'infiltration gagnait les piliers et le palais mou. Les ganglions du côté droit avaient été pris, il y

avait quelques jours, à la suite d'une angine. Actuellement ceux du côté gauche étaient aussi infiltrés. On ne pouvait délimiter chaque ganglion par le toucher, on ne les sentait pas rouler séparément sous le doigt on avait plutôt la sensation d'un empâtement. Aucun trouble fonctionnel. L'enfant mange bien, sans aucune gêne; elle ne souffre pas, sa voix est naturelle. Rien ne ferait soupçonner la présence d'un néoplasme d'allure si rapide si le hasard ne l'avait fait découvrir. L'état général se maintient bon.

MM. les Drs Lichwitz et Jeanty, en présence de la rapidité de la marche de cette tumeur et de son étendue et surtout après le résultat de l'examen microscopique, déclarent toute intervention chirurgicale inutile et même dangereuse.

Le Dr Jeanty se contente d'enlever le fragment de tumeur du côté droit le 25 avril. Ce fragment avait l'aspect d'un énorme papillome et sa section montrait qu'il était pédiculé.

Le 27 mai, l'examen rhinoscopique montre que le pharynx nasal est envahi par le néoplasme. La luette a encore augmenté de volume, ainsi que la petite tumeur du côté gauche, mais il ne reste plus aucune trace de l'ablation du premier fragment, la cicatrice a été rapidement recouverte par la prolifération néoplasique de la muqueuse.

L'état général est le même. Aucun trouble fonctionnel n'apparaît. Le Dr Jeanty rappelle aux parents que toute intervention est impossible. Il se contente d'enlever le deuxième fragment qui servira à faire l'examen microscopique.

A partir du 27 mai, le Dr Desmartin soumet l'enfant au traitement anti-syphilitique : deux grammes d'iodure de potassium par jour et le soir une friction d'onguent napolitain. Ce traitement n'amène aucune amélioration. M. Desmartin pratique alors pendant le mois de juin 12 injections de sérum anti-cancéreux. Ces injections entraînent un peu de fièvre le jour où elles sont faites et un peu de douleur localisée au côté de la paroi abdominale qui a été piqué. Malheureusement ces injections n'ont pu être faites que pendant le mois de juin. La famille de la malade, voyant qu'aucun traitement ne réussissait, a eu recours à la médecine homœopathique. Depuis

lors, c'est-à-dire depuis deux semaines environ, nous n'avons pas eu l'occasion de revoir la malade. Mais à notre dernière visite, nous avons pu constater la marche toujours rapidement envahissante de la tumeur, qui a gagné les piliers et la partie antérieure du voile du palais. La luette était si grosse qu'il fallait déprimer fortement la base de la langue pour en apercevoir l'extrémité inférieure.

Malgré cette énorme tumeur, il n'y avait à ce moment-là ni douleur, ni gêne dans la déglutition, ni nasonnement de la voix.

Examen microscopique. — Le fragment de tumeur envoyé au laboratoire est déjà contenu dans de l'alcool dont le degré est inconnu. Les dimensions sont très petites; il mesure dans le sens du plus grand diamètre 5 à 7 millimètres, dans le sens de la largeur 3 millimètres environ et 1 millimètre et demi à 2 d'épaisseur.

La surface muqueuse est irrégulière, chagrinée et présente des bourgeons arrondis, sessiles, ou bien parfois pourvus d'un très court pédicule assez gros en comparaison avec le volume des bourgeons.

L'examen microscopique fait avec un faible grossissement, permet de retrouver cette disposition chagrinée et les saillies particulières de la muqueuse. La muqueuse persiste sur toute l'étendue du fragment de la tumeur. Les papilles sont fort irrégulières, les unes sont peu marquées, les autres sont très exagérées et plus particulièrement au niveau des saillies déjà signalées. Dans ces régions, les papilles sont très agrandies, infiltrées par le tissu néoplasique, accolées au nombre de 2 ou 3 pour former les plus grosses saillies, tandis que les saillies plus petites sont constituées par l'hypertrophie et l'infiltration d'une seule papille. La couche épithéliale est par ce fait très irrégulière, les prolongements inter-papillaires sont par place très prononcés et s'avancent profondément dans le tissu sous-muqueux. Au niveau du sommet des papilles, la couche épithéliale devient parfois très mince, elle est constituée par des cellules assez régulièrement cylindriques; dans les couches plus superficielles, les cellules deviennent successivement polygonales, puis aplaties parallèlement à la surface de la tumeur. Dans les

couches les plus superficielles cet épithélium est tout à fait plat mais il conserve partout son noyau encore nettement coloré.

Dans la couche basale et dans les couches immédiatement adjacentes, on trouve quelques figures karyokinétiques.

Dans les couches cellulaires moyennes et dans les couches plus superficielles, les cellules épithéliales présentent une disposition vacuolaire des plus nettes.

Le derme sous-muqueux offre un aspect à peu près identique dans toute l'étendue de la préparation. Il est nettement séparé de la couche épithéliale par la membrane basale; tout son tissu est infiltré d'éléments cellulaires assez volumineux, de forme irrégulière et assez variable, constitués par une masse protoplasmique entourant un noyau relativement très volumineux. Des figures karyokinétiques abondent dans la préparation. Le stroma conjonctif du derme sous-muqueux a complètement disparu par places, si bien que les éléments cellulaires qui viennent d'être décrits se trouvent dans certains points directement en contact avec l'épithélium de la muqueuse. Ailleurs, ce tissu conjonctif est simplement infiltré et se reconnaît encore assez facilement.

Les vaisseaux sont nombreux; presque tous ont des parois propres, d'autres ont une paroi formée par du tissu néoplasique proprement dit. Dans un coin de la préparation se trouve un foyer hémorrhagique qui constitue en un certain endroit un véritable caillot sanguin ; en d'autres points, il infiltre et dissocie les éléments cellulaires du néoplasme. Cette hémorrhagie est superficielle ; elle siège immédiatement au-dessous de l'épithélium qu'elle a détaché du tissu néoplasique sous-jacent et repoussé vers l'extérieur, si bien qu'à ce point la couche épithéliale est amincie et les cellules sont très aplaties, même celles qui constituent la couche la plus profonde.

Au-dessous du derme muqueux, l'aspect du tissu est à peu près le même; cependant tout le long du bord de la préparation correspondant à la section profonde de la tumeur, les éléments cellulaires sont plus petits, plus tassés,

beaucoup plus irréguliers, mais peut-être faut-il rapporter cet aspect à une fixation défectueuse.

En somme, bien qu'il soit très difficile de se faire une opinion bien nette sur la nature de cette tumeur, à cause de la petitesse du fragment soumis à l'examen, il semble néanmoins qu'on doive se rattacher à l'idée d'une production sarcomateuse (1).

---

(1) L'examen histologique du fragment de la tumeur a été fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par M. le Dr Auché, chef des travaux. Nous nous faisons un devoir de le remercier de sa bienveillance à notre égard.

CONCLUSIONS

1° Le cancer primitif du voile du palais et de la luette est très rare. Il se présente sous deux formes : le sarcome et l'épithélioma.

2° L'étiologie ne présente aucune particularité.

3° Les symptômes fonctionnels (troubles de la voix, dysphagie, douleur) sont le plus souvent précoces. Ce n'est que secondairement que l'attention est attirée sur les symptômes physiques.

4° La marche de cette affection est rapide en raison non seulement de la malignité du néoplasme, mais aussi de son siège et des accidents qu'elle provoque, soit du côté des voies respiratoires (dyspnée, asphyxie, intoxication), soit du côté des voies digestives (dysphagie, anorexie, intoxication). Ce sont là sans doute, les raisons pour lesquelles on ne connaît pas de généralisation du cancer du voile du palais.

5° Le diagnostic est quelquefois difficile. On doit différencier le néoplasme : *a*) des tumeurs extrinsèques, de l'infiltration œdémateuse et de la bifidité de la luette ; *b*) des tumeurs bénignes (kystes, adénomes, chondromes, tumeurs érectiles, papillomes, etc.); *c*) des lésions de la syphilis.

6° Le traitement sera curatif ou palliatif. *a*) Le traitement chirurgical, appliqué de bonne heure, pourra seul assurer une guérison définitive. *b*) Le traitement médical répondra, dans la

mesure du possible, aux diverses indications : douleur, gêne de la respiration, déglutition, etc.).

La sérothérapie anti-cancéreuse, à laquelle on a eu recours dans un cas, n'a donné aucune amélioration.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
M. LANELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 juillet 1895,
Le Recteur,
A. COUAT.

19,326. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.